



# אליהו חברה לבטוח בע"מ

"בית אליהו" רח' אבן-גבירול 2, ת.ד. 697 תל-אביב 61006, טל. 6920911, פקס. 6965415  
www.eliahu.co.il

## שים לב!

חובה לחתום בכל הטפסים  
ליד המקומות המסומנים ב-X

מינימום פרמיה - 80 ש"ח

## הצעה לביטוח סיעודי

"סידורי נזילה"  "סידורי משלוח"  "סידורי נכבד"   
תקופת המתנה:  3 שנים  5 שנים

מס' פוליסה/הצעה: \_\_\_\_\_  
שם סוכן הביטוח: \_\_\_\_\_ מס' סוכן הביטוח: \_\_\_\_\_ שם מפקח: \_\_\_\_\_

אני/אנו החתומים מטה, המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד/ים לביטוח מתכבד/ים בזאת להציע לאליהו חברה לבטוח בע"מ (להלן "המבטח"), להתקשר בחוזה מסוג ביטוח סיעודי כמפורט להלן:

### א. פרטי בעל הפוליסה

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ טל: \_\_\_\_\_ טל' סולארי: \_\_\_\_\_

מס' ב' מס' תעודת הזהות	מס' בית	עיר	מיקוד	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> נ הורה ל _____ ילדים							
רחוב		מס' בית	יישוב	מיקוד	E-mail:		
מס' הטלפון		מס' טלפון נייד		פקס.			
מועמד ראשי		מועמד משני					

### ג. פרטי המוטבים במקרה מוות

מועמד ראשי			מועמד משני		
שם פרטי ומשפחה	מס' ת.ז.	יחס קירבה	שם פרטי ומשפחה	מס' ת.ז.	יחס קירבה
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ד. \* האם אתה מבוטח בביטוח סיעודי ב"אליהו" או בחברה אחרת: \_\_\_\_\_  
 לא  כן, בחברה \_\_\_\_\_  
 \* החל מ-1.1.04 יש לצרף שאלון החלפה/שינוי פוליסה לפי דרישות הפיקוח על הביטוח.

ה. האם נדחתה, הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר, בחברת ביטוח כלשהי, או התקבלה, בתנאים או במגבלות מיוחדים לרבות תוספת פרמיה: \_\_\_\_\_  
 לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

תאריך התחלת הביטוח \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 01 אופן תשלום:  חודשי  רבע שנתי  חצי שנתי  שנתי

מועמד ראשי	מועמד משני
<p>א. פרטי הביטוח המבוקש - לחיות בכבוד</p> <p>פיצוי חודשי - פרמיה קבועה* פיצוי חודשי - פרמיה משתנה**</p> <p>_____ (מינימום 2,000 ש"ח) _____ (מקסימום 10,000 ש"ח)</p> <p>תקופת תשלום הפיצוי: <input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כה"ח</p> <p>שיפוי חודשי מוגבר: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא הרחבה ל-2 פעולות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>שחרור מפרמיה א.כ.ע. המתנה: 3 חודשים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	<p>ב. פרטי הביטוח המבוקש - לחיות בכבוד</p> <p>פיצוי חודשי - פרמיה קבועה* פיצוי חודשי - פרמיה משתנה**</p> <p>_____ (מינימום 2,000 ש"ח) _____ (מקסימום 10,000 ש"ח)</p> <p>תקופת תשלום הפיצוי: <input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כה"ח</p> <p>שיפוי חודשי מוגבר: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא הרחבה ל-2 פעולות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>שחרור מפרמיה א.כ.ע. המתנה: 3 חודשים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>
<p>ז. פרטי הביטוח המבוקש - סיעודי משלים</p> <p>פיצוי חודשי _____</p> <p>תקופת המתנה 3 שנים <input type="checkbox"/> תקופת תשלום הפיצוי: _____</p> <p>תקופת תשלום הפיצוי: _____</p> <p>_____ 2 שנים <input type="checkbox"/> כה"ח _____ כה"ח</p>	<p>ח. פרטי הביטוח המבוקש - סיעודי משלים</p> <p>פיצוי חודשי _____</p> <p>תקופת המתנה 5 שנים <input type="checkbox"/> תקופת תשלום הפיצוי: _____</p> <p>תקופת תשלום הפיצוי: _____</p> <p>_____ 2 שנים <input type="checkbox"/> כה"ח _____ כה"ח</p>

לתשומת לבך - תקופת ההמתנה בביטוח סיעודי משלים הינה 3 שנים או 5 שנים בהתאם לבחירתך.

שם המועמד לביטוח _____ ת.ז. _____	
<p><b>מועמד ראשי</b></p> <p><b>ח. פרטי הביטוח המבוקש – סיעודי עולה</b></p> <p>פיצוי חודשי _____</p> <p>(מקסימום 20,000 ש"ח)</p> <p>תקופת תשלום הפיצוי:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כה"ח</p> <p>שיפוי חודשי מוגבר: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> הרחבה ל-2 פעולות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> שחרור מפרמיה א.כ.ע. המתנה: 3 חודשים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/></p>	<p><b>מועמד משני</b></p> <p><b>פרטי הביטוח המבוקש – סיעודי עולה</b></p> <p>פיצוי חודשי _____</p> <p>(מקסימום 20,000 ש"ח)</p> <p>תקופת תשלום הפיצוי:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כה"ח</p> <p>שיפוי חודשי מוגבר: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> הרחבה ל-2 פעולות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> שחרור מפרמיה א.כ.ע. המתנה: 3 חודשים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/></p>
<p><b>אשור תנאי קבלה מיוחדים</b></p> <p>אני מאשר/ת הוצאת הביטוח עם תוספת רפואית, אם תהיה כזאת, בתנאי שהפרמיה החודשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספת. אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי מידע ולמתן תשובות מלאות וכנות. החברה תשלח הודעה על התוספת שנקבעה, אם נקבעה כזאת.</p>	<p><b>אשור תנאי קבלה מיוחדים</b></p> <p>אני מאשר/ת הוצאת הביטוח עם תוספת רפואית, אם תהיה כזאת, בתנאי שהפרמיה החודשית הכוללת בפוליסה לא תעלה על 50% מהפרמיה ללא התוספת. אין באישור זה כדי לגרוע מחובתי לגילוי מידע ולמתן תשובות מלאות וכנות. החברה תשלח הודעה על התוספת שנקבעה, אם נקבעה כזאת.</p>
<p><b>תאריך</b> _____ <b>חתימת המועמד המשני</b> _____</p>	<p><b>תאריך</b> _____ <b>חתימת המועמד הראשי</b> _____</p>

### הצהרות ואישורי המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד/ים לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח ו/או לבעלות על הפוליסה, מבקש/ים בזה מאליהו חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") להצטרף לתכנית הביטוח לפי הרשום בטופס זה (להלן "הצעה").

אני/ו מצהיר/ים בזה כי:

- כל התשובות והמידע כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות.
- כל התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטח וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו אצל המבטח תנאי יסודי לחוזה בנינו ויהו חלק בלתי ניפרד ממנו.
- הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה.
- ידוע לי, כי אם המבטח קיבל את הצעתי ואישר בכתב את הסכמתו לעריכת הפוליסה על פי הצעה זו, בטרם נפרע תשלום ראשון לפוליסה, יכנסו הכיסויים הביטוחיים שבפוליסה לתוקפם ממועד קיבולה של הצעה זו על ידי המבטח, ולפנים משורת הדין, יעניק לי המבטח, בתקופה שבין מועד קיבול ההצעה ועד ה-1 לחודש שלאחר מועד זה, כיסוי ביטוחי בהתאם לתנאי הצעה זו ו/או הפוליסה, ללא תשלום, והכל בכפוף לכך שלא חל, מיום חתימתי על הצהרת בריאות או מיום הבדיקה הרפואית, אם היתה כזו, ועד ליום שבו אישר המבטח בכתב את הסכמתו לעריכת הפוליסה על פי ההצעה, שינוי בבריאותי, במצבי הגופני, במקצועי ו/או בעיסוקי באופן שהיה משפיע על עצם קבלתי לביטוח או על תנאי קבלתי לביטוח, אילו ידע עליהם המבטח ביום בו אישר בכתב את עריכת הפוליסה על פי הצעה זו.
- מובהר, למען הסר ספק, כי אין בהענקת הכיסוי הביטוחי ללא תשלום, כאמור לעיל, כדי לגרוע מתנאי ההצעה ו/או הפוליסה, לרבות קיומן של תקופות המתנה ו/או אכשרה, אם וככל שקיימות בפוליסה, ואלו יעמדו בתוקפן וימנו החל ממועד קיבול ההצעה על ידי המבטח.
- כי כל פרטי המידע והנתונים שמסרתי לעיל וכן כל מידע שיימסר על ידי ו/או בקשר אלי בעתיד למבטח ו/או לסוכן הביטוח ו/או למי מטעמם, לרבות כל מידע אישי ו/או רפואי ו/או מידע שיימסר בקשר עם הפקת הפוליסה ו/או בקשר עם כל תביעה ו/או במסגרת ויתור על סודיות רפואית, יישמרו במאגרי המידע של המבטח ו/או סוכן הביטוח ו/או של מי מטעמם וישמשו את המבטח ו/או סוכן הביטוח ו/או את מי מטעמם לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול שוטף של הפוליסה, למתן שירותים במסגרת הפוליסה, לטיפול ולניהול תביעות ולבדיקתן על ידי המבטח ו/או סוכן הביטוח ו/או מי מטעמם וכן לצורך יצירת קשר עימי ולפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח אחרות.
- הנני מצהיר שידוע לי כי עלי להודיע לחברה על כל שינוי במקצועי או בעיסוקי שיחול במשך תקופת הביטוח.
- הנני/נו מאשר/ים כי קיבלתי/נו את המדריך לקונה ביטוח סיעודי.

קיבול ההצעה יעשה אך ורק על ידי החברה ולא על ידי גורם אחר כלשהו.

**תאריך** \_\_\_\_\_ **חתימת המועמד הראשי** \_\_\_\_\_ **חתימת המועמד המשני** \_\_\_\_\_ **חתימת בעל הפוליסה** \_\_\_\_\_

### אישור וחתימת סוכן הביטוח

אני הח"מ סוכן הביטוח, המתווך בין בעל הפוליסה והמועמד/ים לבין המבטח, מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וכי התשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו/ם, כי קבלתי ממנו/מהם את כל הפרטים והמסמכים שפורטו/צורפו למסמך זה וכי המסמך נחתם בפני.

הריני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד/ים לביטוח באמצעות תעודת זהות שלו/הם.

**תאריך** \_\_\_\_\_ **מס' סוכן הביטוח** \_\_\_\_\_ **שם סוכן הביטוח** \_\_\_\_\_ **חתימת סוכן הביטוח** \_\_\_\_\_

לכבוד

אליהו חברה לביטוח בע"מ

אגף ביטוח חיים

הצהרהמועמד ראשי

אני מצהיר בזאת כי יש לי פוליסה לביטוח סיעוד קיימת:

 במסגרת קופת חולים, שם הקופה: \_\_\_\_\_ שם החברה המבטחת: \_\_\_\_\_ במסגרת קיבוצית, שם בעל הפוליסה: \_\_\_\_\_ שם החברה המבטחת: \_\_\_\_\_ בפוליסה אישית פרטית, שם החברה המבטחת: \_\_\_\_\_ מס' פוליסה: \_\_\_\_\_תקופת תשלום הפיצוי החודשי בפוליסה הקיימת:  36 חודשים  60 חודשים.

ידוע לי כי אוכל לרכוש פוליסה סיעודי משלים בחברת אליהו עם תקופת המתנה של 60 חודשים רק אם תקופת תשלום הפיצוי בפוליסה הקיימת היא לפחות 5 שנים.

לאור העובדה שיש לי פוליסת סיעוד קיימת אחרת במסגרת פרטית או במסגרת קופת חולים או במסגרת קיבוצית המבטיחה פיצוי לתקופה של לפחות 3 שנים או 5 שנים במקרה ואהפך למבוטח סיעודי, והיות והפוליסה הנרכשת באה להשלים את הפוליסה הקיימת, ידוע לי כי תקופת ההמתנה בפוליסה הנרכשת הינה 36 חודשים או 60 חודשים בהתאם, מיום הפיכתי למבוטח סיעודי עפ"י הפוליסה הקיימת, והפיצוי בגין הפוליסה הנרכשת, באם אהיה זכאי לו, יחל רק בתום אותם 36 חודשים או 60 חודשים בהתאמה.

X	שם המועמד	X
_____	_____	_____
חתימת מועמד ראשי		תאריך

מועמד משני

אני מצהיר בזאת כי יש לי פוליסה לביטוח סיעוד קיימת:

 במסגרת קופת חולים, שם הקופה: \_\_\_\_\_ שם החברה המבטחת: \_\_\_\_\_ במסגרת קיבוצית, שם בעל הפוליסה: \_\_\_\_\_ שם החברה המבטחת: \_\_\_\_\_ בפוליסה אישית פרטית, שם החברה המבטחת: \_\_\_\_\_ מס' פוליסה: \_\_\_\_\_תקופת תשלום הפיצוי החודשי בפוליסה הקיימת:  36 חודשים  60 חודשים.

ידוע לי כי אוכל לרכוש פוליסה סיעודי משלים בחברת אליהו עם תקופת המתנה של 60 חודשים רק אם תקופת תשלום הפיצוי בפוליסה הקיימת היא לפחות 5 שנים.

לאור העובדה שיש לי פוליסת סיעוד קיימת אחרת במסגרת פרטית או במסגרת קופת חולים או במסגרת קיבוצית המבטיחה פיצוי לתקופה של לפחות 3 שנים או 5 שנים במקרה ואהפך למבוטח סיעודי, והיות והפוליסה הנרכשת באה להשלים את הפוליסה הקיימת, ידוע לי כי תקופת ההמתנה בפוליסה הנרכשת הינה 36 חודשים או 60 חודשים בהתאם, מיום הפיכתי למבוטח סיעודי עפ"י הפוליסה הקיימת, והפיצוי בגין הפוליסה הנרכשת, באם אהיה זכאי לו, יחל רק בתום אותם 36 חודשים או 60 חודשים בהתאמה.

X	שם המועמד	X
_____	_____	_____
חתימת מועמד משני		תאריך

הצהרה וחתימת סוכן הביטוח:

אני מצהיר כי בדקתי ולמבוטח/ים יש פוליסה קיימת אחרת והסברתי למבוטח/ים את מהות הכיסוי הביטוחי.

X	שם סוכן הביטוח	מס' סוכן הביטוח	X
_____	_____	_____	_____
חתימת סוכן הביטוח			תאריך

## שאלון החלפה/שינוי בפוליסות לביטוח בריאות ו/או סיעוד

מועמד נכבד,

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

## מועמד ראשי

האם בידיך פוליסות ביטוח בריאות ו/או סיעוד שבתוקף ב"אליהו" או בחברת ביטוח אחרת?  כן  לא  
במקרה והתשובה היא כן -  
כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות ו/או סיעוד לרבות ריידרים שבתוקף:

- עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסתיימו בכל דרך אחרת?  
 כן  לא
- כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה?  כן  לא

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות 1 ו-2 מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך  X שם המועמד חתימת מועמד ראשי  X

## מועמד משני

האם בידיך פוליסות ביטוח בריאות ו/או סיעוד שבתוקף ב"אליהו" או בחברת ביטוח אחרת?  כן  לא  
במקרה והתשובה היא כן -  
כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות ו/או סיעוד לרבות ריידרים שבתוקף:

- עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסתיימו בכל דרך אחרת?  
 כן  לא
- כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה?  כן  לא

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות 1 ו-2 מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך  X שם המועמד חתימת מועמד משני  X

## אישור סוכן הביטוח:

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות ו/או סיעוד שבתוקף:  כן  לא

תאריך  X מס' סוכן הביטוח שם סוכן הביטוח חתימת סוכן הביטוח  X



# אליהו חברה לבטוח בע"מ

בית אליהו רח' אבן גבירול 2, ת.ד. 697 תל-אביב 61006, טל: 6920911  
www.eliahu.co.il

שים לב!  
חובה לחתום ליד המקומות המסומנים ב-X  
כל האמור בלשון זכר מתייחס לגברים ונשים

## הצהרת בריאות לביטוח סיעודי

טופס זה הינו חלק בלתי נפרד מההצעה

מס' פוליסה/הצעה: \_\_\_\_\_

שם המפקח: \_\_\_\_\_

מס' סוכן הביטוח: \_\_\_\_\_

שם סוכן הביטוח: \_\_\_\_\_

שם האב	מס' ת.ז.	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשי
<b>תולדות המשפחה</b> (הורים, ילדים, אחים ואחיות): האם היו להם מחלות לב, יתר לחץ דם, סכרת, מחלות סרטניות, אלצהיימר, פרקינסון, מחלות נפשיות, טיפול פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי ו/או נסיונות תאבדות, מקרי מוות – פרט גיל, מחלה או סיבת מוות.					
מועמד ראשי: _____ מועמד משני: _____					
שם קופ"ח: _____ שם רופא המשפחה: _____ שם קופ"ח: _____ שם רופא המשפחה: _____					
משקל _____ ק"ג גובה _____ ס"מ עישון: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט כמות _____ סיגריות ליום _____					
משקל _____ ק"ג גובה _____ ס"מ עישון: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט כמות _____ סיגריות ליום _____					

על השאלות הבאות יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית ("כן") – יש לציין את מספר השאלה במקום המיועד לתשובות על ממצאים חיוביים ולפרט תאריכים, סוג המחלה, סיבוכים, טיפולים, תרופות, המצב הנוכחי, סיכומי מחלה וכו'. (יש למלא שאלון מחלות מתאים במידת הצורך)

מועמד ראשי	מועמד משני	שאלות כלליות
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	1. האם הינך מסוגל לבצע בעצמך (ללא עזרה או השגחה) את הפעולות הבאות במלואן: ישיבה וקומה מכסא, כניסה למיטה ויציאה ממנה, הליכה, לבישת בגדים והסרתם, רחצה וגילוח, אכילה ושתייה, עריכת קניות ושמוש בתחבורה ציבורית?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	2. האם קיימת או היתה קיימת אצלך בעיות שלטיטה על הסוגרים? האם הנך משתמש בחיתולים או סופגנים?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	3. האם הינך נזקק או נתבקשת להשתמש בעזרת אביר/מכשיר רפואי כלשהו? (כגון: מקל הליכה, הליכון, כסא גלגלים, סטומה, מכשיר נשימתי).
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	4. האם קיימת ירידה בזכרון? האם נבדקת בשל כך? האם בוצעה לך בדיקת CT מח? האם הנך מטופל בשל בעיה זו?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	5. האם הוגשה בקשה לעזרת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או מוסד אחר? או נאמר לך שהינך צפוי להיות נזקק לטיפול סיעודי ב-12 החודשים הקרובים?
<b>שאלות המתייחסות לצורך סיעודי:</b>		
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	6. האם הינך משתמש בתרופות או מקבל טיפול רפואי אחר או בתהליך בירור רפואי כלשהו?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	7. האם עברת ניתוח/ אישפוז בעבר, או הינך מועמד לניתוח/ אישפוז, או המומלץ לך לעבור ניתוח בעתיד? (אם כן, פרט סוג הניתוח/ סיבת האישפוז, ציין מתי בוצע/ יתבצע, משך האשפוז). (8)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	8. האם עברת בדיקות או הינך ממתיין לבדיקות (פרט לבדיקות שבשגרה), לגילוי סרטן או מחלה ממארת, מיפוי לב, צינתור, C.T, ביופסיה, M.R.I, אקו לב, או כל בדיקה אחרת, בשל תלונה ו/או ממצאים חריגים?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	9. האם יש או היתה לך נכות ביון? מום מולד או נרכש, פגיעה, מוגבלות גופנית, סיבה רפואית כל שהיא? (אם כן – פרט מהו % הנכות, סיבת הנכות), או הינך בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או מקבל קצבת נכות/ גמלא/ אי כושר עבודה (נא פרט) (9)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	10. האם אתה צורך/צרכת סמים/משקאות חריפים כיום או בעבר? אם כן, יש למלא שאלון מתי (11)
<b>האם יש לך/ היו לך המחלות/ הבעיות או סימני המחלות/ הבעיות המפורטות מטה?</b>		
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	א. מחלות לב וכלי דם, כגון: התקף לב, אוטם, הפרעות בקצב הלב, אנגינה פקטוריס, אי ספיקת לב, בעיות במסתמים, קרדיومیופטיה, יתר לחץ דם, תסחיף (טרומבוז), אחר? (2,5)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	ב. מחלות חילוף חומרים ובלוטת, כגון: סכרת, שומנים בדם (כולסטרול), בלוטות מוגדלות, בעיות בבלוטת הערמונית (פרוסטטה), בעיות בבלוטת המגן (בלוטת התריס), שגדון, אחר? (3,4)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	ג. מחלות מערכת העצבים, המח ובעיות נפשיות, כגון: אלצהיימר, פרקינסון, דמנציה, טרשת נפוצה, שיתוקים, הפרעות תנועה/ תחושה, שבץ מוחי, מחלות נייבונות אחרות, כאבי ראש כרוניים, אפילפסיה, רעד, הפרעות מחלות נפשיות, דיכאון, אחר? (7,16)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	ד. מחלות דרכי הנשימה, ריאות, אלרגיות כגון: אסטמה, שחפת, דלקות ריאה כרוניות, אמפיזמה, מחלת ריאה חסימתית (COPD), דום נשימה, גניחת דם, סיסטיק פיברוזיס, אחר? (6)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	ה. מחלות כבד, כיס מרה ולבלב, כגון: צהבת (הפטיטיס), הפרעות בתפקודי כבד, כבד שומני, אבנים בכיס מרה, דלקות, אחר? (17)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	ו. מחלות דרכי עיכול, כגון: מחלות מעיים (אולצריטיב קולטיס, קרוהן וכו'), אולקוס (כבי קיבה ותרסיריון), דם סמוי, אחר? (10)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	ז. מחלות כליות ודרכי שתן, כגון: אבנים בכליות או בדרכי שתן, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקת כליות, ציסטות, אחר? (15)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	ח. מחלות מערכת הדם והחיסון, כגון: קרישת דם, פוליציטמיה, טחול, אנמיה אפלסטית, זאבת (לופוס), מחלות זיהומיות, אחר?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	ט. מחלות ממארות וגידולים סרטניים.
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	י. מחלות פרקים, עצמות, גב ועמוד שדרה, כגון: דלקת פרקים, ראומטיזם, גרונן, ארטריטיס, פיברומיאלגיה, בריחת סידן (אוסטיאופורוזיס), קדחת ים תיכונית (FMF), פריצת דיסק, בלט, שינויים ניווניים, כאבי גב, אחר? (14,1)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	יא. מחלות מערכת החושים: עיוורון, כבדות ראייה, גלאוקומה, ירידה בשמיעה, בעיות שיווי משקל, אחר? (12)
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	יב. מחלות מין ועור, כגון: פסוריאזיס, פצע שאינו מתרפא, שינויים בגודל ו/או צורה של קנודת חן, נגע עורי, גידולי עור, אחר?
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	יג. האם הינך נושא/ת נוגדנים של איידס, חולי או הידבקות הקשורות באיידס (תסמונת הכשל החיסוני)?

<p><b>רשימת שאלוני המשך:</b></p> <p>1. גב ועמוד שדרה 2. לחץ דם 3. סכרת 4. בלוטת התריס</p>	<p>10. דרכי עיכול 11. סמים ואלכוהול 12. עישון וריאה 13. ליקויים בשמיעה ומחלות אוזניים</p>	<p>14. מחלת FMF (קדחת ים תיכונית) 15. דרכי שתן 16. אפילפסיה 17. צהבת (הפטיטיס)</p>
---	---	--

**מבוטח מעל גיל 70 – ימציא בדיקה קוגניטיבית**

**פירוט ממצאים חיוביים בשאלות שלעיל. (נא ציין את שם המועמד ואת מס' השאלה אליה הינך מתייחס) במידת הצורך יש למלא את שאלוני המשך לפי מס' השאלון המופיע בצמוד לשאלה.**

שם המועמד	תשובה לשאלה	שנת הארוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבר כיום

**הצהרה ויתור על סודיות רפואית**

הני מצהיר בה, כי תשובותי על כל השאלות הנ"ל מלאות ונכונות ולא החסרתי או העלמתי מאומה. כן הנני יודע/ת כי תשובות כזבות או לא מלאות בידיעה או בכונה מקנות לחברת הביטוח את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח בכפוף לחוק חוזה הביטוח. אני מייפה בואת את כוחה של חברת הביטוח לאסוף ולקבל את כל האינפורמציה שתיראה בעיניה כחשובה בכל הנוגע לבריאותי כמפורט להלן:

הני נתן בזה רשות לקופת חולים ו/או לרופאי הרפואיים ואחרים ו/או למוסדותיה או לטכניקאי, ו/או לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר שנמצאתי אמוצא בטיפולו, וכן לכל הרופאים, המסודות הרפואיים, מעבדות ובתי החולים האחרים, מננים פרטים לרבות מנן מור, כולל טיפולים, ושלומים שקיבלתי עקב מצבי, וכן למוסד לביטוח לאומי על כל מנתקתי (לרבות פירוט תשלומים ממני), ו/או משד הביטוח, שלטונות צה"ל ו/או כל רופא או מוסד בתחום בריאות הנפש, משד הבריאות, מוסדות שיקומיים, מוסדות גמילה, עויות, ושירות רווחה וכן לכל חברת הביטוח וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא הוזכר בכתב זה, למוסד לבריאות לבטוח בע"מ ו/או למוסד מוטעמה (להלן: "המבקשת") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שידרש ע"י המבקשת, על מצב בריאותי כולל הפיזי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה, ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב בריאותי.

הני משחרר בזאת את כל המוסדות, הגופים ועובדיהם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית, בכל הנוגע למצב בריאותי ולמחלתי כאמור, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקשת, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.

כמו כן, הנני מייפה את כוחה של המבקשת לאסוף כל מידע שייראה לה חשוב בקשר לבריאותי כולל חומר המצוי במחשב ומאגרי המידע.

כתב ויתור סודיות זה מהיבב אותי ואת עובדי ו/או כוחי החוקיים ולכל מי שיבוא במקומי.

הריני מצהיר/ה בה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמת. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסת הביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה וקשורים אליה.

הריני מסכים/ה כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואיסומו לכל אדם או גוף שהחברה ימצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981.

מועמד ראשי	מועמד משני	עד לחתימה	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך	חתימה
							X
							XX
							X

סיעודי 11.09



## תשלום בכרטיס אשראי

אני מר/גב' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

בעל כרטיס אשראי מסוג \_\_\_\_\_ שמספרו \_\_\_\_\_

בתוקף עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים/בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הנני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר.

ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום באמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיעבר אליה על ידי חברת הביטוח.

תאריך \_\_\_\_\_ X חתימת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ X

## הוראה לחיוב חשבון

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	אסמכתא/מס' של הלקוח בחברה
		סניף בנק	6 2 4	

לכבוד \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

אני הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות/ח.פ. \_\_\_\_\_

כתובת: רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

- נתונים לכם בזה הוראה לחיוב חשבוני/ינו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם באמצעי מגנטי, או רשימות ע"י אליהו חברה לבטוח בע"מ, כמפורט מטה ב"פרטי הרשאה"
- ידוע לנו כי:
  - הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולאליהו חברה לבטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
  - אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/לנו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
  - אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנכתבו בכתב ההרשמה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראת בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר לאליהו חברה לבטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.
- אני מסכים לכך כי פרטים המתייחסים אלי ו/או לרכושי המבוטח באליהו חברה לבטוח בע"מ (להלן: "אליהו") יוחזקו במאגר מידע של אליהו וימסרו לכל ספקי השרות הקשורים במישרין לביטוח זה ו/או לבנקים ו/או לחברות האשראי הקשורים ישירות לגביית דמי הביטוח.

**פרטי הרשאה**  
סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י אליהו חברה לבטוח בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/הן.

תאריך \_\_\_\_\_ X חתימת בעל החשבון \_\_\_\_\_ X

## אישור הבנק

לכב' אליהו חברה לבטוח בע"מ ת.ד. 697 ת"א 61006

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נכם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת: כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען: כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	אסמכתא/מס' של הלקוח בחברה
		סניף בנק	6 2 4	

תאריך \_\_\_\_\_ X בנק וסניף: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסניף: \_\_\_\_\_ X